

Запрос поставщика услуг на дополнительную оплату в связи с особыми потребностями
Provider Request for Additional Special Needs Payment



Я прошу Департамент социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services, DSHS) оплачивать по более высокой ставке уход за ребенком с особыми потребностями. Я понимаю, что я обязан (а) предоставить информацию об особых потребностях данного ребенка при осуществлении ухода за ним.

ИМЯ РЕБЕНКА (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)	ИМЯ РОДИТЕЛЯ (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)	
ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР РОДИТЕЛЯ/КЛИЕНТА	ИМЯ И НОМЕР ПОСТАВЩИКА УСЛУГ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)	ТЕЛЕФОН
Пожалуйста, опишите особые потребности ребенка в уходе для следующих областей:		Пожалуйста, поставьте отметку напротив пункта, который наиболее точно описывает дополнительный объем ухода, предоставляемого ребенку.
1. Любые изменения, которые вам пришлось внести для удовлетворения физических потребностей ребенка или обеспечения защиты (пандусы, освещение, поручни, уровень шума, замки, калитки, ограждение и т.д.)		<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Незначительный <input type="checkbox"/> Умеренный <input type="checkbox"/> Значительный
2. Ходьба/перемещение/использование рук и кистей рук/транспортировка:		<input type="checkbox"/> Как у детей того же возраста <input type="checkbox"/> Незначительный <input type="checkbox"/> Полная помощь <input type="checkbox"/> Умеренный <input type="checkbox"/> Значительный
3. Прием пищи (объем необходимой помощи) диета/аллергии/приготовление пищи:		<input type="checkbox"/> Как у детей того же возраста <input type="checkbox"/> Незначительный <input type="checkbox"/> Полная помощь <input type="checkbox"/> Умеренный <input type="checkbox"/> Значительный
4. Сон/дренота/отдых/привычки сна/изменение позы:		<input type="checkbox"/> Как у детей того же возраста <input type="checkbox"/> Незначительный <input type="checkbox"/> Полная помощь <input type="checkbox"/> Умеренный <input type="checkbox"/> Значительный
5. Дыхание/респираторные заболевания/аллергии: требуется ли ребенку какое-либо специальное оборудование/медикаменты?		<input type="checkbox"/> Как у детей того же возраста <input type="checkbox"/> Незначительный <input type="checkbox"/> Полная помощь <input type="checkbox"/> Умеренный <input type="checkbox"/> Значительный
6. Посещение туалета/личная гигиена (умывание рук/лица, уход за собой, применение подгузников, одевание):		<input type="checkbox"/> Как у детей того же возраста <input type="checkbox"/> Незначительный <input type="checkbox"/> Полная помощь <input type="checkbox"/> Умеренный <input type="checkbox"/> Значительный
7. Слух/зрение/общение:		<input type="checkbox"/> Как у детей того же возраста <input type="checkbox"/> Незначительный <input type="checkbox"/> Умеренный <input type="checkbox"/> Значительный
8. Поведение:		<input type="checkbox"/> Как у детей того же возраста <input type="checkbox"/> Незначительный <input type="checkbox"/> Умеренный <input type="checkbox"/> Значительный <input type="checkbox"/> Требуется индивидуальный надзор

Запрос поставщика услуг на дополнительную оплату в связи с особыми потребностями, стр. 2

9. Медицинские/медикаментозные/специальные медицинские процедуры:	<input type="checkbox"/> Уже дан ответ <input type="checkbox"/> Как у детей того же возраста <input type="checkbox"/> Незначительный <input type="checkbox"/> Умеренный <input type="checkbox"/> Значительный <input type="checkbox"/> Полная помощь
---	---

10. Другое/проблемы:

Какой специальной подготовкой или навыками вы обладаете или в каких навыках нуждаетесь, чтобы обеспечивать уход за данным ребенком? Предоставили ли вам родители какие-либо специальные инструкции по уходу?

Каковы будут ваши затраты на обеспечение ухода за данным ребенком? (Это сумма, превышающая и выходящая за рамки стандартной дневной ставки департамента DSHS, которую вы расходуете на обеспечение ухода за данным ребенком.)

В час: \$ _____ В день: \$ _____ В неделю: \$ _____ или В месяц: \$ _____

Пожалуйста, укажите, как вы получили эту сумму и как эти средства будут использоваться для оплаты ухода за данным ребенком.

Вы и/или ребенок можете воспользоваться следующими ресурсами:

- a. Администрация по услугам для пожилых людей и инвалидов (Aging and Disability Services Administration), (360) 902-8444, www.aasa.dshs.wa.gov
- b. Организация "Здоровые матери, здоровые дети" (Healthy Mothers, Healthy Babies), 1-800-322-2588, www.hmhbwa.org
- c. Специальные образовательные услуги (через местный школьный округ)
- d. Медсестра общественного здравоохранения
- e. Трудотерапевт/физиотерапевт
- f. Дыхательный терапевт
- g. Логопед
- h. Группа "Родитель-родителю" (Parent-to-Parent) или другие группы поддержки, www.arcwa.org
- i. Специалист по поведению/психолог/детский психиатр
- j. Местное агентство по ресурсам по уходу за ребенком и предоставлению направлений (Child Care Resource and Referral Agency), 1-800-446-1114

ПОДПИСЬ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ

ДАТА